

# Aanmeldformulier nieuwe patiënt / Formularz rejestracyjny nowego pacjenta

## ALGEMEEN / OGÓLNE

Achternaam / Nazwisko :

Voornaam / Imię :

Voorletters / Pierwsze litery imion :

Geboortedatum / Data urodzenia :

Adres met postcode / Adres z kodem pocztowym:

Telefoonnummer vast / Nr tel. Stacjonarnego:                      Telefoonnummer mobiel / Nr tel. Komórkowego:

Email-adres / Adres mailowy :

BSN / Nr BSN :

Zorgverzekeraar / Ubezpieczyciel :

Polisnummer / Nr polisy ubezpieczeniowej:

Identiteitsbewijs (graag eerste keer dat u komt meenemen) / Dowód tożsamości (wziąć ze sobą na pierwszą wizytę):

## MEDISCH / INFORMACJE MEDYCZNE

Aan welke ziektes lijdt u of heeft u geleden? / Jakie choroby Pan przechodzi lub przechodził?

Staat u onder controle van een specialist? / Czy jest Pan pod kontrolą specjalisty?

Welke operaties heeft u ondergaan? / Czy przechodził Pan jakieś operacje?

Welke medicijnen gebruikt u? Graag precies vermelden, eventueel uitdraai inleveren. / Jakie leki Pan przyjmuje?  
Proszę dokładnie podać, ewentualnie proszę przynieść wydruk z listą leków.

Bent u allergisch voor medicijnen? / Czy jest Pan uczulony na leki?

Bent u allergisch voor andere dingen zaken? / Czy jest Pan uczulony na inne rzeczy?

Komen er erfelijke ziektes in uw familie voor? / Czy w Pana rodzinie były choroby dziedziczne?

Rookt u, zo ja hoeveel? / Czy pali Pan papierosy? Jeśli tak, to ile?

Drinkt u, zo ja hoeveel? / Czy spożywa Pan alkohol? Jeśli tak, to ile?

Gebruikt u drugs, zo ja welke en hoeveel? / Czy zażywa Pan narkotyki? Jeśli tak, to jakie?

## TOESTEMMING / ZGODA

Gaat u ermee akkoord dat wij uw gegevens opvragen bij uw vorige huisarts? / Czy wyraża Pan zgodę na to, żeby nasza placówka poprosiła Pana poprzedniego lekarza o przekazanie nam Pana danych?

Zo ja, wat is naam en adres van uw vorige huisarts? / Jeśli tak, prosimy o podanie imienia i nazwiska oraz adresu Pana poprzedniego lekarza?

Gaat u ermee akkoord dat wij gegevens uitwisselen met andere zorgverleners middels LSP (landelijk schakelpunt)? / Czy zgadza się Pan na wymianę danych przez naszą placówkę z innymi dostawcami opieki zdrowotnej poprzez LSP (krajowy punkt przełączania)?